

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896.

THÈSE

N°

373

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 2 Juillet 1896, à 1 heure

PAR

L. LEBLOND

Né à Montfort-sur-Risle (Eure), le 15 septembre 1867

DES

AGENTS HÉMOSTATIQUES

EN RHINOLOGIE

Président : M. CORNIL, professeur.

Juges : { MM. DEBOVE, professeur.
CHARRIN et MARFAN, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896.

THÈSE

N°

373

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 2 Juillet 1896, à 1 heure

PAR

L. LEBLOND

Né à Montfort-sur-Risle (Eure), le 15 septembre 1867

DES

AGENTS HÉMOSTATIQUES

EN RHINOLOGIE

Président : M. CORNIL, professeur.

Juges : { MM. DEBOVE, professeur.
CHARRIN et MARFAN, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY.
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie	FOUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée	STRAUS.
	SEE (G.)
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	TILLAUX.
Clinique chirurgicale	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	TARNIER.
	PINARD.

Professeur honoraire :

M. PAJOT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.
ACHARD	GLE Y.	RICARD.
ALBARRAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRE.	HEIM.	SEBILEAU.
BAR.	LEJARS.	THIERY.
BONNAIRE.	LETULIE.	THOINOT.
BROCA.	MARFAN.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	MARIE.	VARNIER.
CHARRIN.	MENETRIER.	VILLEJEAN
CHASSEVANT.	NELATON.	WALTER.
DELBET.	NETTER.	WEISS.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	VIDAL.
GILBERT.	trav. anatomiques.	WURTZ.
GILLES DE LA TOURETTE.	RETTERRER.	

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE DOCTEUR CORNIL

Professeur d'Anatomie Pathologique à la Faculté de Médecine
de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Sénateur, Chevalier de la Légion d'Honneur

INTRODUCTION

« Les causes nombreuses et variées auxquelles on peut rattacher l'épistaxis, dit Rochoux, font d'un accident toujours identique en ses phénomènes apparents une affection très différente en ses caractères essentiels et qui exige l'emploi de moyens curatifs variés. »

Ce sont ces moyens curatifs autrement dit les divers agents hémostatiques usités en rhinologie que nous nous proposons d'étudier dans ce travail.

Laissant de côté le traitement causal des épistaxis symptomatiques, nous aurons surtout en vue dans cette thèse le traitement local de l'hémorrhagie nasale. Nous étudierons les principaux agents chimiques, physiques et mécaniques employés dans le traitement de l'épistaxis ; nous essaierons d'indiquer comment il faut les employer, quels sont leurs avantages et leurs inconvénients et d'assigner à chacun la valeur qu'il possède. Nous consacrerons enfin un chapitre spécial à un mode de tamponnement des fosses nasales, que nous appellerons tamponnement par étages, mode de tamponnement qui selon nous répond victorieusement aux critiques soulevées par les différentes sortes de tamponnement usitées et décrites dans les livres classiques.

Avant de commencer cette étude, qu'il nous soit permis tout d'abord de témoigner nos sentiments de reconnaissance à nos maîtres dans les hôpitaux et à tous nos professeurs.

Que Messieurs les Docteurs Olivier, François Hue et Pétel de Rouen, nos premiers conseils reçoivent ici l'assurance et le témoignage de notre plus vive gratitude.

Leurs leçons nous ont préparé à celles de Monsieur le Professeur Cornil et de Monsieur le Professeur agrégé Marie de la Faculté de Médecine de Paris, nos chefs de service à l'Hotel-Dieu. Nous sommes heureux de remercier ces deux grands maîtres de la science médicale pour les conseils éclairés qu'ils nous ont sans cesse donnés.

Elève de monsieur le Docteur Pinard, professeur de clinique obstétricale à la faculté de médecine de Paris, nous sommes heureux et fiers des leçons pratiques grâce auxquelles il nous a initié à l'art difficile des accouchements, nous lui en témoignons ici notre reconnaissance.

Nous dirons enfin combien nous sommes touchés du grand honneur que veut bien nous faire Monsieur le Docteur Cornil professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Médecine de Paris en daignant accepter la présidence de notre thèse inaugurale.



Historique

Nombreuses sont les causes qui peuvent donner lieu à l'épistaxis. Nous n'avons pas l'intention de traiter ici cette question de séméiologie. Il nous suffira de dire que souvent, la connaissance de la cause de ces épistaxis dictera au praticien sa ligne de conduite.

Il est des hémorrhagies nasales qu'il est préférable de respecter : ainsi ces épistaxis, véritables saignées locales, qui surviennent chez des individus pléthoriques et qui sont l'indice d'une congestion céphalique intense. Il en est de même des épistaxis chez les gens âgés, épistaxis qui, quelquefois, sont des signes précurseurs d'apoplexie cérébrale, comme le démontrent les observations rapportées par Sorre, Portal, J. Frank, Watson et Cazalis, et qu'il est préférable de ne point arrêter. Salutaires souvent les épistaxis mécaniques actives, qui font cortège aux symptômes du début des pyraxies éruptives et de la fièvre typhoïde. Doivent être respectées aussi les épistaxis compensatrices chez les femmes.

La quantité de sang perdu pendant l'hémorrhagie nasale, l'état général du sujet, tels sont les éléments d'appréciation qui doivent décider de l'intervention.

Enumérant sans nous y arrêter, les procédés plus ou

moins rationnels employés pour arrêter l'épistaxis, nous nous réservons de nous étendre davantage sur les agents chimiques, physiques et mécaniques dont l'action s'exerce localement sur la muqueuse nasale.

Divers et nombreux ont été les procédés usités contre l'épistaxis ; procédés simples : air frais, vêtements largement ouverts, placer le malade « comme s'il voulait écrire » (Hiard), la tête penchée légèrement en avant, de telle sorte que dans cette position, le plancher des fosses nasales devienne horizontal. Qu'on applique une compresse d'eau fraîche sur le front, ou la clef classique sur la nuque, un linge imbibé d'éther sur le nez (Voillemier) ; qu'on s'adresse au réflexe par application d'eau froide sur le scrotum chez l'homme, sur les seins chez la femme (Feruel, Kinglake, Diemerbrak), ou par administration de lavements froids (Sydenham), on peut arriver à faire cesser ainsi brusquement des épistaxis même abondantes.

Des méthodes nombreuses, comme nous l'avons déjà dit, ont été préconisées et ont donné à leurs auteurs, des résultats souvent favorables.

C'est ainsi que Négrier faisait élever le bras du côté de la narine saignante, expliquant le résultat heureux de cette manière de faire par une théorie mécanique. Il prétendait en effet que l'impulsion céphalique du sang devenait moins grande, par suite de la résistance opposée par l'élévation du bras. Son efficacité fut reconnue par Jamain ; et Journez (Archives belges de médecine), prétend en avoir retiré des bénéfices indiscutables dans 28 cas d'épistaxis rebelle chez des recrues se rendant au camp de Beverloo.

Citons encore les révulsifs, les pédiluves sinapisés, les ventouses sèches sur le dos ou les extrémités inférieures, la ventouse de Junod appliquée aux membres inférieurs, la constriction de la cuisse (Blondeau) ; la réfrigération locale soit à la partie antérieure, avec un petit morceau de glace, soit à la partie postérieure, au moyen de la pince de Chassaignac, les douches locales chaudes sur les téguments du nez (Auquier, Gazette hebdomadaire de Montpellier, 1882), les irrigations intra-nasales pratiquées avec le siphon de Weber, irrigations employées par Trousseau, dans les épistaxis de la rougeole (Cliniques t. I, p. 206), les insufflations de topiques pulvérulents (alun calciné, tannin, cachou, poudre de bistorte), formant avec le sang épanché, un magma intra-nasal obturateur : tous ces moyens, dirigés souvent à l'aveugle, heureux dans la plupart des cas où l'hémorrhagie est peu grave et s'arrêterait probablement d'elle-même, deviennent impuissants lorsqu'on a affaire à une hémorrhagie nasale inquiétante et répétée, qu'il est nécessaire d'arrêter immédiatement ou d'empêcher de se reproduire. C'est alors qu'il faut découvrir le point même de l'hémorrhagie et agir sur ce point.

L'exploration attentive de la muqueuse nasale et l'emploi d'un agent hémostatique, répondent à ces desiderata.

Nous allons donc étudier quels sont les divers agents chimiques, physiques et mécaniques employés dans les hémorrhagies nasales et quelle est leur valeur dans l'hémostase rhinologique.

L'examen rhinologique comme le fait remarquer Michel et avec lui la plupart des auteurs, présente souvent de réelles difficultés. Le lieu d'élection de l'hémorrhagie se trouve au niveau de la partie antéro-inférieure de la cloison cartilagineuse et cela n'a rien de surprenant pour qui se rappelle la disposition des vaisseaux sanguins à ce niveau et le nombre de ces vaisseaux si richement développés, si peu soutenus par la trame de la muqueuse. On voit à cet endroit soit une petite érosion saignante ou recouverte d'une croutelle noirâtre, soit un bouquet de vaisseaux variqueux. Ces dilatations variqueuses, véritables varices nasales siègent ou sur le 1/3 antérieur du cornet inférieur ou plus habituellement dans le 1/3 antéro-inférieur de la cloison. Presque toujours à 1 ou 2 centimètres au plus de l'orifice on constate l'existence d'une petite saillie veineuse souvent peu apparente vers laquelle aboutissent des capillaires plus ou moins rouges et dilatés que l'on aperçoit nettement. Après un examen attentif avec le spéculum nasi de M. le Professeur Duplay, le spéculum plein de Sigmund ou chez les enfants grâce à l'otoscope ovale d'Ehrard et Gruber, on parvient à découvrir le point hémorrhagique. On doit alors sur ce point diriger l'hémostase. Voyons comment on doit employer ces agents hémostatiques, quels sont leurs avantages et leurs inconvénients.

Parmi les agents chimiques les uns ont pour but de faire une hémostase immédiate et provisoire. Les plus employés sont le perchlorure de fer, l'antipyrine et l'eau oxygénée. Les autres serviront plutôt à supprimer pour ainsi dire la cause même de l'hémorrhagie. Ils feront une hémostase définitive.

On a usé et abusé pendant longtemps du perchlorure de fer dans le traitement de l'épistaxis et c'est cet abus même qui a donné très souvent lieu aux accidents, objet de critiques trop méritées.

Créquy (Gaz. des Hôp. 1870) l'employait d'une façon ingénieuse. Par une injection à jet rétrograde il faisait arriver la solution de perchlorure de fer dans la portion postérieure des fosses nasales et obtenait ainsi un coagulum formant tampon postérieur. Une seringue, terminée en pomme d'arrosoir, lançait cette même solution à la partie antérieure des fosses nasales ; d'où tampon antérieur. Ainsi se trouvait réalisé le tamponnement double.

Comer (Britisch méd. Journal 22 mai 1880) le vante en pulvérisations.

Thurston l'emploie en irrigations avec le siphon de Weber.

Le perchlorure de fer en solution, s'il a des partisans a aussi des détracteurs. Le docteur Maximilien Bresgen que nous aurons l'occasion de citer plus loin encore est un

ennemi acharné de la douche nasale quels que soient les liquides employés. Il lui reproche d'avoir une action nuisible sur la muqueuse qu'elle tuméfie, d'occasionner souvent une infection secondaire des sinus maxillaires et frontaux et de l'oreille moyenne. Il prétend que ce moyen routinier et illogique apporte un retard considérable dans l'emploi des méthodes curatives réelles et efficaces et qu'il est par cela même doublement préjudiciable au malade en ce que non seulement il retarde pour lui le moment de la guérison mais que même sans certitude de guérison il l'expose à des infections secondaires beaucoup plus redoutables que l'épistaxis elle-même, quelquefois même mortelles.

En solutions étendues, le perchlorure de fer est un hémostatique aveugle et incomplètement efficace. En solutions concentrées il est irritant, caustique et dangereux. Il est dangereux parce que le liquide se propage sur les surfaces voisines et cause des lésions quelquefois mortelles comme en témoignent les deux cas suivants :

L'un rapporté par Malherbe (*Journal de Médecine de l'Ouest*, 1880), dans lequel on trouva à l'autopsie un exsudat pseudo-membraneux sur le voile du palais, sur le pharynx, le larynx, la trachée et les bronches et dans le poumon un foyer gangreneux.

L'autre de Galliard (*Bulletin de la Société anatomique*, 1880), où on découvrit une tache noirâtre ferrugineuse à la surface de l'arachnoïde au point en contact avec la lame criblée ethmoïdale, et la muqueuse nasale verdâtre, épaissie et infiltrée de pus.

Le perchlorure de fer a été beaucoup trop dénigré.

toutefois et il est juste de dire que bien des accidents qui lui sont imputés auraient pu être évités par un emploi plus judicieux de cet hémostatique. Si le perchlorure de fer en solution doit être abandonné en rhinologie dans le cas d'hémorrhagie nasale, on peut cependant utilement l'employer sous forme de gaze perchlorurée. Il est alors possible dans ce cas de limiter son action et la propagation de l'agent chimique aux tissus voisins n'est plus à redouter ; on peut s'en servir à la partie antérieure des fosses nasales, de même à la partie postérieure à l'aide d'une pince à double coudure, la pince de Juraz de Heildelberg par exemple. Il peut enfin remplacer la gaze iodoformée dans le tamponnement par étages, pour lequel nous réservons un chapitre spécial.

Les solutions d'antipyrine au $\frac{1}{5}$ et au $\frac{1}{10}$ appliquées localement à l'aide d'un tampon ont donné aussi d'excellents résultats. Nous l'avons employé très souvent avec succès. On pourra lire nos observations. L'antipyrine est d'ailleurs employé comme hémostatique dans les hémorrhagies diverses. Son application est suivie d'un léger suintement sanguinolent. Mais l'hémostase immédiate est assurée et permet l'application d'un caustique qui assurera l'hémostase définitive.

L'eau oxygénée s'emploie comme l'antipyrine. L'eau oxygénée ou bioxyde d'hydrogène qu'il ne faut pas confondre avec l'eau saturée d'oxygène est un corps chimique bien défini. Elle est altérable à l'air et à la lumière et doit être employée pure au moyen d'un tampon. Elle a de nombreux avantages. Hémostatique, elle est aussi très antiseptique et aide à la cicatrisation des plaies en

produisant ou activant la production rapide de bourgeons charnus. En outre l'application en est peu douloureuse.

Ces solutions appliquées immédiatement servent à arrêter l'écoulement sanguin. Un examen attentif des fosses nasales a fait découvrir le point hémorrhagique. C'est alors que s'impose l'emploi d'un caustique. Parmi les plus employés nous citerons l'acide chromique, l'acide trichloracétique et le nitrate d'argent.

« L'acide chromique dit le Docteur Houdeville dans sa thèse de 1892 « de l'épistaxis » est trop déliquescent et pour cela très difficile à conserver. » Pogorelsky l'emploie cependant dans les cas d'épistaxis habituelle et ses résultats semblent être heureux comme le témoigne son article (in *journ. of laryng. and rhin.* n° 12 1890) dans lequel il cite des observations à l'appui. Roth emploie également très souvent l'acide chromique. L'escarre est dure et adhérente. Aussi est-on obligé de faciliter le ramollissement par l'application de vaseline boriquée ou de petits tampons d'ouate imbibée d'eau tiède.

Nous ferons à l'acide chromique le reproche de produire une escarre très douloureuse et d'être très diffusible. On peut cependant s'en servir de la façon suivante. On commence par bien sécher au moyen d'une petite boulette de ouate la partie que l'on doit cautériser ; puis après avoir fait chauffer un stylet on plonge ce stylet dans l'acide chromique de façon à ce qu'un des cristaux vienne adhérer à l'extrémité du stylet. On porte à nouveau l'extrémité de ce stylet sur la lampe à alcool de façon à ce que la petite boule adhère fortement à la pointe du stylet, ce dont on se rendra compte en essayant de faire tomber

la perle d'acide chromique par quelques coups secs frappés avec le stylet sur un corps dur.

La boule chromique est adhérente ; il faut aussi examiner si l'action de la chaleur ne l'a pas fait passer du rouge au vert. Dans ce cas il serait inutile de l'employer car l'acide chromique se serait décomposé et le produit chimique ainsi transformé n'est plus d'aucun effet. On cautérise alors la surface saignante avec la pointe du stylet et si avec une boulette de coton cette surface a été bien étanchée, l'escarre bien circonscrite ne s'étendra pas sur les tissus voisins.

Le nitrate d'argent s'emploie soit en crayon, soit plutôt en perle fondue à l'extrémité d'un stylet, comme nous venons de le décrire pour l'acide chromique. Le docteur Houdeville, dans sa thèse, donne la préférence au nitrate d'argent comme caustique dans les hémorrhagies nasales. Il relate plusieurs observations du docteur Helot dans lesquelles il constate les bons effets du nitrate d'argent. Le nitrate d'argent que nous avons employé et va employer est en effet un bon caustique. Son application est peu douloureuse et son action est rapide et assurément suffisante.

Le reproche que l'on peut faire en effet à tous ces caustiques, c'est leur peu d'efficacité si l'on doit pratiquer une cautérisation profonde des tissus.

« La galvano-caustique suffisamment énergique, exécutée lentement sur une muqueuse cocaïnisée et suivie d'un traitement antiseptique rigoureux, est la méthode de choix. » Tel est l'avis du Dr Maximilien Bresgen. Il le soutient dans une brochure de 24 pages (Wiesbaden 1892. Jung Klaas, éditeur). Cela nous amène aux agents phy-

siques et en particulier à la galvano-caustique et à l'électrolyse.

Michel, de Cologne, (*Traité des maladies du nez*, 1879) et Calmettes (*Prog. médical* 1881) sont de chauds partisans de l'emploi du galvano-cautère dans le traitement de l'hémorrhagie nasale. D'après eux, l'hémostase méthodique et définitive ne peut-être obtenue que par la cautérisation destructive de la partie malade au moyen du galvano-cautère plat porté au rouge sombre. Nous résumons à la fin de ce travail deux observations de Michel que nous empruntons à la thèse de Houdeville, dans lesquelles l'emploi du galvano-cautère donne à ce praticien de très bons résultats.

Verneuil lui doit un succès dans un cas de tumeur érectile, et Voltolini l'appliqua avec succès aussi pour des végétations télangiectasiques qui étaient l'origine d'épistaxis rebelles.

Enfin Chiari, en présence d'une hémorrhagie nasale, se sert du galvano-cautère de la façon suivante. Le cautère doit être chauffé au rouge sombre ; au rouge blanc il n'a pas d'action hémostatique et peut amener une nécrose partielle avec perforation du cartilage sous-jacent. Pour protéger le reste du nez contre le rayonnement, Chiari introduit dans la narine un spéculum tubulaire en caoutchouc durci qui ne laisse à découvert que le point à cautériser.

Roth emploie également le galvano-cautère. Il nous a donné aussi d'excellents résultats, comme en témoignent les observations publiées à la fin de ce travail.

Roald (*Med. Record.*, 14 octobre 1893) rapporte que

dans quatre cas d'épistaxis d'origine grippale, épistaxis dont la répétition et l'intensité ne laissent pas d'être redoutables, il eut l'occasion de l'employer avec succès. Dans l'un de ces cas l'hémorrhagie survint au cours de la maladie ; dans les trois autres au déclin de l'attaque. Elle avait été préparée dans les quatre cas par des lésions préexistantes de rhinite avec obstruction nasale. Le tamponnement donna de très mauvais résultats ; hémorrhagies revenant après l'ablation des tampons ; érysipèle.

Roald préféra employer alors le galvanocautère et de simples pansements tampons mis d'avant en arrière. Après deux ou trois séances de cautérisation, il obtint la guérison et l'hémostase définitive, ce que le tamponnement n'avait pu donner.

Un autre agent physique dont l'emploi est moins répandu par cela même qu'il demande un outillage plus compliqué, l'électrolyse a donné ces dernières années d'excellents résultats au docteur Miot (sociétés savantes, séance du 30 avril 1894). Dans un cas d'épistaxis rebelle, dont nous publions l'observation et où on fit le diagnostic de varices de la cloison nasale, le docteur Miot après plusieurs essais infructueux d'hémostatiques divers, eut recours à l'électrolyse de la façon suivante : L'électrode négative sous forme d'aiguilles en cuivre ou en argent en nombre variable selon la surface hémorrhagique, est introduite dans les tissus hémorrhagiques. L'intensité du courant ne dépasse pas 16 à 20 milliampères ; la durée de la séance est de 8 à 10 minutes. L'électrode positive, large, est appliquée sur le côté de la face correspondante à la narine d'où vient l'hémorrhagie. L'auteur prétend avoir

employé trois fois de suite ce mode de traitement et en avoir obtenu un succès chaque fois. Il arrive aux conclusions suivantes en terminant sa communication : à savoir que toutes les fois qu'on a affaire à un tissu érectile ou variqueux, c'est à l'électrolyse qu'il faut donner le choix.

Nous considérons que cette méthode pour arriver à de bons résultats, doit être pratiquée par un spécialiste expérimenté ; car si on fait varier la force du courant on peut voir survenir des accidents redoutables comme la nécrose des cartilages. D'ailleurs il nous a semblé que l'application de l'électrolyse à l'hémostase était un procédé douloureux, causant quelquefois des vertiges, des éblouissements et même des syncopes.



Ces moyens d'hémostase, applicables après examen des fosses nasales et lorsque le foyer hémorragique est découvert ne le sont plus quand l'examen ne peut être fait ou que, difficile à faire, la source de l'hémorrhagie ne peut être connue. A plus forte raison quand l'hémorrhagie est abondante, quand les autres moyens hémostatiques ont échoué, doit-on tenter autre chose. Les moyens ordinaires précités ont échoué, l'état général du malade est inquiétant ; il y a danger à attendre davantage ; on a alors recours aux agents mécaniques, la compression obtenue par divers instruments, ou par les différents procédés de tamponnement. Nous décrirons ces divers modes de tamponnement en montrant quels sont leurs inconvénients, puis nous exposerons en quoi consiste le tamponnement par étages que nous proposons de substituer aux divers modes de tamponnement décrits dans les classiques et usités par la plupart des patriciens, en raison des avantages incontestables qu'il présente.

Passons rapidement en revue les divers modes de compression plus ou moins simples employés dans le but d'arrêter l'épistaxis pour arriver ensuite au tamponnement sur lequel nous nous proposons de nous étendre davantage.

On a conseillé tout d'abord la simple compression entre le pouce et l'index des ailes du nez contre la cloison

médiane. Le siège de l'hémorrhagie étant le plus souvent au niveau de cette cloison, rien d'étonnant à ce que cette compression directe donne de bons résultats.

Morgagni et Valzava préfèrent la compression directe exercée avec les doigts pénétrant dans la narine et poussés aussi haut que possible.

Le Dr Lusk de Bellevue (Weckli Medic. Review. Saint-Louis 1891) a recours depuis 20 ans pour arrêter l'épistaxis au moyen suivant. Il pince simplement la portion cartilagineuse du nez à l'aide d'une pince en ayant soin de saisir le nez dans le sens de la largeur. Dix minutes suffisent en général pour arrêter l'écoulement du sang. De là à inventer des instruments remplissant le même but, il n'y avait qu'un pas, aussi avons nous beaucoup de ces instruments dont les plus connus sont la vessie en caoutchouc de Diday, la pelote à air de Gariel, le rhinobion de Martin Saint-Ange etc. Tous ces instruments sont décrits dans les traités spéciaux de laryngologie et de rhinologie. Leur description y est donnée mieux que nous ne saurions le faire, nous ne nous y arrêterons donc pas. Nous arrivons au tamponnement.

Le tamponnement antérieur consiste à introduire par la partie antérieure des fosses nasales, soit un, soit plusieurs tampons de coton hydrophile boriqué. Très souvent le sang ne sort plus par la partie antérieure de la narine, mais il peut s'accumuler en arrière, tomber dans la gorge ou revenir par l'autre narine.

Le tamponnement postérieur seul est rarement pratiqué et dans le cas d'hémorrhagie nasale persistante, c'est au tamponnement complet qu'il faut avoir recours.

Le tamponnement des fosses nasales se pratique avec l'instrument désigné sous le nom de sonde de Belloc. Deux bourdonnets de charpie assez fortement serrés, doivent être préparés à l'avance : l'un d'entre eux est placé à l'orifice antérieur des fosses nasales, l'autre à l'orifice postérieur. Ce dernier est attaché à son milieu par deux fils doublés dont les bouts passeront deux en avant, deux en-arrière. On glisse la sonde de Belloc dans la narine malade. Quand le bec de l'instrument est arrivé sur la face supérieure du voile du palais, le stylet est engagé dans la sonde ; le ressort se trouve dégagé et passe en raison de son élasticité et de sa courbure, dans la cavité buccale, en contournant le bord libre du voile du palais. La sonde est maintenue en place, le doigt indicateur de la main gauche ramène le bouton qui termine le ressort aussi en avant que possible. On passe alors les deux extrémités du fil double antérieur du bourdonnet dans la perforation du bouton, puis le stylet est retiré ; avec lui, le ressort s'engage dans la sonde, le fil se trouve tendu, et son extrémité arrive au niveau du bord libre du voile du palais. Si, ensuite de la main droite, on retire la sonde de la cavité des fosses nasales, on entraîne le bourdonnet vers l'orifice postérieur ; mais pendant cette manœuvre, le doigt indicateur de la main gauche, introduit dans la bouche, guide le bourdonnet pour l'empêcher d'arc-bouter sur le voile du palais. L'instrument devient alors inutile ; on le détache, on tire sur le double fil antérieur, et avec le doigt indicateur gauche, on fixe fortement le bourdonnet sur l'orifice postérieur de la narine que l'on veut oblitérer. Lorsque l'orifice postérieur est parfaitement

fermé, on écarte le fil double antérieur, on en place les deux chefs de chaque côté de la narine ; on engage alors entre eux l'autre bourdonnet ; les fils sont portés en avant de celui-ci et noués très solidement ; l'autre fil double du bourdonnet postérieur est ramené dans la bouche et fixé sur la joue.

Le tampon ne doit pas être laissé en place plus de 24 heures. Moldenhauer même, dans son traité des maladies des fosses nasales, conseille de ne pas laisser le tampon plus de douze heures. Il est facile de comprendre qu'ainsi, le sang ne peut refluer ni en avant ni en arrière, arrêté qu'il est par les deux bourdonnets. Ce moyen d'arrêter l'hémorrhagie appartient de fait à la compression qui, si elle n'est pas faite par l'un des tampons, est obtenue par le sang accumulé entre les deux. Voyons quelles sont les critiques qui lui ont été adressées.

« Le tamponnement postérieur, dit Gosselin (Gaz. des Hôpitaux, 1882), est une mauvaise pratique que l'on ne doit employer que dans des cas très rares, si rarement que je ne me rappelle pas l'avoir appliqué plus d'une fois. »

Il est très difficile, en effet, à pratiquer, le malade s'y prêtant très mal. Si le sang et les mucosités remplissent l'isthme du gosier, le patient fait des efforts de vomissements et cache à l'opérateur la vue de la sonde. De sorte que bien que quelques praticiens aient proposé de remplacer la sonde de Belloc par une sonde en gomme molle, d'après le professeur Tillaux, l'instrument préférable pour cette opération est la sonde de Belloc.

Le tamponnement est non-seulement difficile à pratiquer, il est très souvent insuffisant. Le tampon ne fer-

mant pas suffisamment la partie postérieure des fosses nasales, le sang peut tomber par les côtés, dans l'arrière-gorge. Même serait-il suffisant que le sang peut refluer par les points lacrimaux, comme dans le cas de Demarquay et Duvernet.

Il est aussi très douloureux. Il exerce en effet des phénomènes de compression douloureuse et d'irradiation dans la sphère des pneumogastriques. Frédet (Union Médicale, 1880), cite un cas où après tamponnement, dans les mouvements de déglutition, le fil postérieur avait scié douloureusement le voile du palais.

Enfin, le tamponnement total des fosses nasales dans le cas d'épistaxis rebelle, est dangereux très souvent par les complications auxquelles il expose. Nombreuses sont les observations relatant des accidents imputables à l'application du tamponnement. Hartmann (Zeitschrift für Ohrenheilkunde, vol. X, p. 132, 1881), a, avec raison, attiré l'attention sur les dangers que fait courir à l'organe de l'ouïe, le séjour d'un tampon au niveau des choanes, surtout si ce tampon est imbibé de substances caustiques comme le perchlorure de fer. Il cite trois observations dans lesquelles, à la suite du tamponnement, il eut à redouter 3 cas d'otite moyenne suppurée. Vidal de Cassis cite un cas où le tamponnement fut suivi d'une vive inflammation des cavités naso-maxillaires et d'une congestion cérébrale qui emporta le malade.

Dans la thèse de Lechevalier, inspirée par Monsieur le professeur Tillaux, sont relatés 3 cas d'otite interne grave dont une avec suppuration mastoïdienne et propagation méningée mortelle.

Dans la thèse de Villedary (Bordeaux 1887) nous trouvons un cas où le tampon fut laissé en place pendant neuf jours. On observa alors un coryza purulent avec otite moyenne, affections pour lesquelles le malade était encore en traitement huit jours après.

M. H. Barth (1892, concours médical) nous parle d'un malade qui à la suite du double tamponnement avec la sonde de Belloc présenta quelques jours après une otite double de la caisse.

En 1892, dans une communication faite à la Société d'otologie de Paris, le Dr Gellé publie une observation d'otite suppurée consécutive à un tamponnement postérieur. On pourra lire plus loin cette observation où l'otite moyenne fut en outre accompagnée d'accidents cérébraux graves.

Cette propagation de l'inflammation à l'oreille est-elle une conséquence de la forme et des dimensions du tampon obturateur comme le veut le professeur Tillaux ? Il est difficile de le prouver ; mais laissons la parole à l'éminent professeur :

« Pour qu'il atteigne son but, dit-il, et produise le
« minimum d'accidents possible, le tamponnement doit
« être pratiqué suivant certaines règles qui n'ont pas été
« suffisamment établies jusqu'ici. D'abord le tampon ne
« doit pas seulement être maintenu appliqué contre l'ori-
« fice postérieur de la fosse nasale, à la manière d'un
« couvercle, il doit pénétrer à frottement dans la cavité
« comme un bouchon. S'il n'est qu'appliqué sur l'orifice,
« il pourra sans doute remplir son but, mais à condition
« d'être fortement serré, sinon le sang sortira sur les

« côtés. Or qu'arrivera-t-il lorsque le tampon est seule-
« ment appliqué ? D'abord il fait dans le pharynx une forte
« saillie qui gêne singulièrement le malade, lui cause par-
« fois un véritable supplice devant durer plusieurs jours
« et s'oppose aux mouvements de déglutition, mais il est
« encore la source fréquente d'accidents plus graves. Le
« séjour prolongé du tampon dans les fosses nasales dé-
« veloppe dans la trompe d'Eustache une inflammation
« qui s'étend à la caisse et c'est ainsi que vous compren-
« drez pourquoi l'otite moyenne aiguë avec toutes ses
« conséquences a été signalée par les auteurs comme une
« suite assez fréquente du tamponnement des fosses na-
« sales. Comment éviter cet inconvénient ? C'est en don-
« nant au tampon une forme convenable, en rapport avec
« l'orifice par lequel il doit pénétrer. Or, cet orifice n'est
« pas circulaire, mais rectangulaire ; il mesure chez
« l'adulte une hauteur moyenne de 2 centimètres à 2 cen-
« timètres $1/2$ et une largeur moitié moindre. Ne faites
« donc pas une boulette de charpie arrondie, de volume
« quelconque, ayant quelquefois celui d'une noix. Cons-
« truisez en quelque sorte un tampon sur mesure. Don-
« nez-lui une dimension de 3 centimètres en hauteur et
« 15 millimètres en largeur afin que, les bords se repliant
« légèrement, il entre à frottement et bouche hermétique-
« ment la cavité en venant s'appliquer sur l'extrémité
« postérieure du cornet inférieur qui lui sert de point de
« d'arrêt. De cette façon, vous assurerez l'hémostase, vous
« n'irriterez pas la trompe d'Eustache : le tampon, beau-
« coup moins gênant, sera mieux supporté, et le voile du

« palais pourra se mouvoir librement pendant la déglutition. »

Cependant s'il est bien démontré que l'inflammation de l'oreille moyenne est presque toujours une complication provoquée par le tampon, il est d'autres cas aussi nombreux peut-être, où en même temps que l'hémorrhagie nasale se produit, le sang pénètre également dans la trompe d'Eustache. Il peut en effet y avoir très souvent un rapport d'évolution très intime entre les deux phénomènes. Quel est alors le rôle du tampon si bien fait qu'il soit ? Le tampon selon l'expression du docteur Gellé « enferme le loup dans la bergerie ». Le sang répandu dans les cavités nasales ou dans les cavités auriculaires se putréfie. Et l'otite infectieuse avec tout son cortège de phénomènes septiques se déclare rapidement et en revêtant le caractère de gravité de toutes les affections microbiennes.

En 1891, le docteur Moure (*Revue laryngologique*) s'exprimait ainsi : « Par le tamponnement postérieur, on ferme la trompe d'Eustache avec le sang et les mucosités qui s'y rencontrent ; par le tamponnement antérieur on forme un deuxième clapier, grâce au sang et aux mucosités emprisonnés entre les deux tampons. Une pareille manière de faire n'est pas sans inconvénients et le tamponnement n'est pas rationnel de nos jours. »

Déjà depuis longtemps beaucoup de praticiens anglais et allemands ont abandonné cette manière de tamponner. Ils préfèrent employer des mèches de gaze ou de tissu tamponnant avec lesquelles ils rembourrent les cavités nasales et qu'ils poussent jusqu'au pharynx.

Thompson et Smily (*Brit. Med. Journ.* 1867) se ser-

vent de bandes de lint. Curtis (Phil. méd. times 1872) se sert aussi de lint trempé dans une solution de tannin. Gilruth emploi de la ouate perchlorurée. Richardson (Lancet, 1871) vante le coton imbibé de sulfate de fer.

De nos jours enfin des moyens plus ingénieux les uns que les autres ont été cherchés pour remplacer le tamponnement postérieur par d'autres procédés n'en présentant pas les inconvénients.

L. Rougier (Bulletin méd. et administ. du Dispens. de Lyon, n° 47, p. 216, 15 nov. 1893) porte dans le pharynx nasal au niveau des choanes à l'aide d'une pince à végétations adénoïdes des tampons imbibés d'un collodion spécial dont voici la formule :

A. benzoïque.....	} - 5 gr.	
A. tannique.....		â à
A. phénique.....		
Collodion.....	100 gr.	

et qui a le triple avantage : d'être antiseptique, d'amener une coagulation rapide du sang donnant ainsi l'hémostase, enfin d'adhérer rapidement à la muqueuse. Son application d'après lui n'est pas douloureuse et après deux ou trois badigeonnages, l'hémorrhagie s'arrête définitivement.

Dionisio de Turin (Traitement des hémorrhagies nasales) dans une communication faite à Rome au XI^e Congrès international en avril 1894, substitue à la sonde de Belloc un sac de baudruche ou de gomme dont il a obtenu de très bons résultats grâce à la modification qu'il y a apportée. Cette modification consiste en ce que le sac est traversé en son milieu par une canule ouverte à ses deux extrémités. Pendant que les parois du sac compriment les parois des fosses nasales, l'air pénètre dans la canule.

Le tamponnement que nous proposons de substituer aux modes de tamponnement usités jusqu'ici a été imaginé il y a quelques années par Weil et Moritz Schmidt de Francfort.

Ce tamponnement qu'on peut appeler tamponnement par étages ne présente aucun des inconvénients des tamponnements précédents et remplit son rôle de compresseur beaucoup mieux que ceux-ci. Il consiste à introduire des languettes de gaze iodoformée par l'orifice antérieur des fosses nasales et à tasser ces languettes dans toutes les anfractuosités et sur toute la surface des cavités nasales. Pour le pratiquer, on commence par tailler des bandes-lettes de gaze iodoformée d'une longueur de 10 centimètres environ, et d'une largeur de 2 centimètres à 2 centimètres 1/2. On introduit alors ces bandes-lettes de gaze avec une pince à pansement coudée, la pince du Dr Lubet-Barbon par exemple qui présente une extrémité mince et étroite, de la façon suivante :

Prenant par un bout une de ces languettes on l'introduit dans la narine aussi profondément que possible de façon que l'extrémité saisie par la pince corresponde à peu près aux choanes, c'est-à-dire à l'orifice postérieur des fosses nasales ; puis abandonnant cette extrémité engagée, on ramène la pince au-dessous de la bandelette

et à l'aide de cette pince on tasse par petits coups de bas en haut, la languette de gaze iodoformée dans la partie la plus étroite et la plus supérieure des fosses nasales, en commençant par la partie la plus postérieure et en tassant progressivement jusqu'à la partie restée à l'orifice antérieur des fosses nasales. Cette première bandelette étant introduite en entier dans les fosses nasales et étant convenablement et également tassée dans tous ses coins, on introduit de la même façon une deuxième bandelette, l'extrémité postérieure affleurant les choanes. On tasse alors cette deuxième bandelette de gaze iodoformée qui bourrera le méat moyen, puis on en introduira une troisième et on l'appliquera par petits coups avec la pince, dans le méat moyen. Si étant donné la largeur de la fosse nasale une quatrième était nécessaire, on l'introduirait aussi loin que possible dans la fosse nasale, à l'instar d'un coin.

Dans le manuel opératoire, il faut prendre garde à un point très important qui est le suivant. Il faut bien pousser l'extrémité postérieure des bandelettes et principalement de la première jusqu'à l'extrémité postérieure des fosses nasales de façon que celles-ci occupent la cavité des fosses nasales dans toute sa largeur ; sinon il pourrait arriver que l'une des bandelettes poussée d'une façon exagérée, arrivât presque en entier jusqu'à la partie postérieure des fosses nasales et que la suivante ne la rejetât par trop en arrière et n'ait tendance à la faire tomber dans le cavum. On aurait ainsi un tamponnement par étages antéro-postérieur tout à fait illusoire.

Le tamponnement par étages présente des avantages

incontestables : 1° Il est efficace. Le tamponnement est fait dans ce cas par la gaze iodoformée que l'on a glissée et tassée dans toutes les parties de la cavité. Il n'en est pas de même pour le tamponnement double que nous avons vu précédemment où le sang accumulé entre les deux tampons jouait lui-même le rôle de compresseur et où la difficulté d'introduire le tampon et la possibilité de sa non adaptation à la cavité permet au sang de glisser et de couler sur les côtés de ce tampon.

2° Il est peu douloureux. Il ne demande pas en effet l'usage de la sonde de Belloc ou de tout autre instrument dur et rigide qu'il est nécessaire d'introduire et de faire sortir du côté du pharynx. Avec lui point n'est besoin de fatiguer le malade par des attouchements du côté du pharynx. On ne peut donc lui reprocher ni les nausées, ni les vomissements imputables au tamponnement postérieur. Pas de fil qui puisse scier douloureusement le voile du palais, comme dans le cas cité plus haut par Frédet (Union Médicale, 1880).

3° Il ne nécessite ni l'outillage d'un spécialiste ni des instruments nombreux, une simple pince coudée mince et longue. Le manuel opératoire en est des plus simples pourvu qu'on veuille bien n'y apporter aucune précipitation.

4° Son action compressive s'exerce uniformément sur toutes les parties malades si on a soin de bien le serrer. Il épouse en effet tous les coins et recoins des fosses nasales,

5° Avec lui les accidents d'infection secondaire ne sont pas à craindre. Non seulement, il n'y a pas stagnation du sang coagulé, mais encore nous introduisons dans la cavité

nasale une substance antiseptique l'iodoforme. Nous n'avons donc pas à redouter les otites suppurées ni les accidents de septicémie imputables, au tamponnement double des fosses nasales.

C'est donc à notre avis, le seul mode de tamponnement qui doit être employé actuellement. Il nous a été donné de le voir appliquer et de l'appliquer nous mêmes plusieurs fois. On verra d'après les observations que nous publions plus loin qu'il a donné des résultats constants et tout-à-fait heureux.

En résumé, en présence d'une hémorrhagie nasale, quelle est la conduite du praticien ?

Tout d'abord on peut essayer d'appliquer les différents procédés d'hémostase que nous avons indiqués au début de ce travail sans trop nous arrêter. Ces moyens sont insuffisants, c'est le moment d'employer les différents agents que nous avons étudiés.

Il nous faut tout d'abord distinguer deux cas : il s'agit de faire une hémostase qui permettra bientôt de supprimer la cause même de l'hémorrhagie dès que l'écoulement du sang aura cessé et aura permis par cela même de découvrir le point hémorrhagique.

Voici comment nous conseillons de procéder.

A l'aide d'un petit tampon d'ouate d'hydrophile saisi avec une pince, et trempé soit dans une solution d'antipyrine au $\frac{1}{5}$ ou au $\frac{1}{10}$ soit dans de l'eau oxygénée bien pure, nous faisons un nettoyage de la fosse nasale d'où s'écoule le sang. Ce nettoyage lentement exécuté, le tampon étant promené doucement sur les parois de la narine, suffit la plupart du temps à faire une hémostase provisoire.

Il peut être fait avec de la gaze perchlorurée, la gaze perchlorurée n'étant pas responsable des accidents imputés au perchlorure de fer ; mais nous rejetons tout à fait le lavage avec les solutions au perchlorure.

La cavité nasale étant privée de sang pour quelques instants, nous faisons un examen de sa surface surtout à la partie antérieure siège le plus fréquent des hémorrhagies.

Si nous apercevons le point hémorrhagique, érosion ou varices veineuses, nous procédons à la cautérisation et par ordre de préférence nous citerons le nitrate d'argent, l'acide trichloracétique et l'acide chromique que nous emploierons sous forme de perle adhérente à l'extrémité d'un stylet.

Cette cautérisation a-t-elle besoin d'être profonde, soit d'après l'aspect de la lésion, soit d'après sa situation, nous abandonnerons les caustiques chimiques et nous donnerons la préférence au galvano-cautère que nous porterons au rouge sombre en ayant soin de préserver les surfaces avoisinantes du rayonnement calorique au moyen d'un petit spéculum en caoutchouc durci, selon la méthode de de Chiari que nous avons décrite plus haut.

Enfin si tous ces moyens ont été impossibles à exécuter, s'ils ont été insuffisants à arrêter l'hémorrhagie, que la quantité de sang répandu soit considérable et que l'état du malade menace de devenir inquiétant, il faut avoir recours au tamponnement.

Nous donnons la préférence au tamponnement que nous avons décrit sous le nom de tamponnement par

étages, et c'est celui que nous conseillons d'employer avant tout autre mode de tamponnement.

Il est certain que nous n'avons pas la prétention d'avoir donné ici le traitement de l'épistaxis.

L'épistaxis tantôt spontanée, tantôt secondaire, symptomatique, survenant à la suite d'une chute, d'un coup sur le nez ; tantôt symptôme de corps étrangers des fosses nasales, reconnaît une multitude de causes. Elle est liée à l'altération des vaisseaux. Elle est mécanique, active provenant de l'afflux sanguin, survient comme hémorrhagie supplémentaire chez la femme ou chez l'arthritique. Tantôt c'est d'une congestion passive qu'elle provient ; elle est alors liée à une affection du foie, de la rate, des reins. Signe avant-coureur des fièvres éruptives, elle se produit aussi au cours du rhumatisme, de la tuberculose, de la leucocythémie, en un mot elle dépend de causes aussi nombreuses que variées et son traitement demanderait pour être complet, celui de cette infinité de maladies dont elle dépend.

Nous n'avons eu en vue dans notre thèse que le traitement je dirai local de l'épistaxis et les principales méthodes que nous avons étudiées au cours de nos études médicales et dont les observations ci-jointes sont les résultats, nous ont amené à faire un choix au milieu des principaux agents employés en rhinologie. Ce choix nous l'avons exposé et développé en le justifiant autant que possible. Nous nous résumerons en quelques lignes, dans nos conclusions.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Marie X..., 30 ans, présente de la difficulté à respirer, de l'enchifrènement du nez.

On trouve, à l'examen, la narine gauche très rétrécie par la tuméfaction du cornet inférieur. On applique de la cocaïne, la tuméfaction ne disparaît pas. A la rhinoscopie postérieure on trouve une saillie légèrement bleuâtre qui n'est autre que l'extrémité postérieure du même cornet augmenté de volume comme à sa partie antérieure. On fait deux ou trois applications de galvano-cautère pour réduire la partie antérieure de ce cornet et une fois la narine libre à ce niveau, on s'attaque à la partie postérieure hypertrophiée, autrement dit à la queue du cornet. On saisit cette queue du cornet dans une anse froide, sans cocaïnisation préalable, introduite dans la narine à l'aide d'un serre-nœuds et poussée dans le pharynx nasal, jusqu'au niveau de la paroi postérieure de cet endroit. Introduisant alors un doigt dans la bouche, on guide l'anse et on lui fait circonscrire le pédicule de la partie hyperthrophiée. Puis serrant doucement le serre-nœuds, on écrase peu à peu en rétrécissant l'anse le pédicule de la tumeur. La queue de cornet est par ce procédé sectionnée lentement.

Néanmoins un suintement hémorrhagique se produit coulant le long de la paroi postérieure du pharynx. Cette hémorrhagie, ne s'arrêtant pas malgré l'application d'une poudre astringente (alun et tannin), on prend un peu de gaze perchlorurée ; on en forme un tampon et à l'aide de la pince à double courbure de Storck, pince rétro-nasale, on applique ce tampon à la partie postérieure de la fosse nasale. On le laisse quelques heures ; puis on le retire. L'hémorrhagie s'est arrêtée et ne se reproduit plus.

OBSERVATION II. (Résumée).

(Monnier. — France méd., 6 mai 1892, n° 19).

Epistaxis répétées chez une femme de 22 ans. La rhinoscopie antérieure ne permet de rien découvrir. La rhinoscopie postérieure fait voir que le sang s'écoule goutte à goutte de la voute du pharynx au niveau de la bourse de Luschka. On porte sur le point saignant un tampon d'ouate imbibée d'une solution d'antypirine au 1/5. L'épistaxis s'arrête aisément.

OBSERVATION III

Le jeune Louis H. . . , âgé de 16 ans, présente au moment des grandes chaleurs, au printemps aussi, des épistaxis répétées. Plusieurs fois il est venu nous voir inquiété par ces hémorrhagies. Nous avons introduit dans la narine d'où provenait l'hémorrhagie un tampon imbibé d'une solution d'antypirine. L'hémorrhagie, bien qu'ayant diminué d'intensité, continue à se

produire ; nous retirons alors le premier tampon. Un deuxième est alors introduit et a raison de l'épistaxis. Le malade intelligent nous a raconté que depuis quelque temps lorsque les hémorrhagies se reproduisaient, il s'introduisait lui-même un tampon humide saupoudré d'antypirine et que son épistaxis cessait alors au bout de quelques minutes.

OBSERVATION IV

François H..., 45 ans, syphilitique, se présente à la consultation avec une perforation du voile du palais d'origine syphilitique. Elle siège sur la partie osseuse du voile du palais ; elle a détruit une partie de la cloison des fosses nasales. Au début, elle a donné lieu à des épistaxis fréquentes. Nous enlevons une bonne partie du vomer nécrosé et nous nous préparons à faire une autoplastie. Le malade avait un écoulement nasal abondant d'une odeur nauséabonde. Souvent des épistaxis se produisaient. Les aliments revenaient par les fosses nasales. Il était dans l'impossibilité d'avaler les liquides sans qu'une partie revint par le nez.

L'autoplastie décidée, nous taillons de chaque côté un lambeau capable de fermer hermétiquement la moitié de l'ulcération à laquelle il correspond. Une hémorrhagie abondante a lieu. Nous appliquons à deux ou trois reprises, des tampons imbibés d'eau oxygénée. L'hémorrhagie s'arrête très rapidement.

OBSERVATION V

Jules K..., charretier, à qui on a fait l'ablation d'un polype, se présente pour une hémorrhagie assez abondante de la narine

droite. Cette hémorrhagie est une épistaxis secondaire. Le polype enlevé, on avait gratté la muqueuse nasale au point d'implantation du polype afin de le détruire. Nous tamponnons simplement l'endroit d'où sort le sang avec un tampon d'ouate hydrophile imbibée d'eau oxygénée. l'hémorrhagie s'arrête aussitôt. Une cautérisation au nitrate d'argent est alors appliquée. Le malade n'a plus eu d'épistaxis.

OBSERVATION VI

Pogorelsky (Meditzina n° 51. 1891 : in Journ. of. Laryng and rhinol. n° 12. 1890).

Jeune garçon de 17 ans, ordinairement bien portant; hémorrhagies nasales profuses avec symptômes de congestion céphalique. Série de cautérisations aux points sources des hémorrhagies, les uns après les autres. Guérison au bout d'un mois. L'acide chromique avait été employé pour chaque cautérisation.

OBSERVATION VII

Dr Michel de Cologne. (Thèse de Houdeville).

Tisserand, âgé de 26 ans, se plaint d'épistaxis du côté droit. Déjà il y avait trois ans en 1873, il avait eu des épistaxis de ce côté à tel point nombreuses qu'il était devenu très faible et ne pouvait marcher. Point hémorrhagique tout à fait en avant.

à l'entrée de la portion osseuse sur la cloison tout près du plancher du nez.

Application du galvanocautère, puis chute de l'escarre sans nouvelles hémorrhagies.

OBSERVATION VIII

Docteur Miot Société Sav. 30 avril 1894

M..., 21 ans, a des épistaxis fréquentes dès l'âge de 15 mois jusqu'à 14 ans. A ce moment les hémorrhagies qui avaient diminué augmentent de fréquence et fatiguent le malade de plus en plus. Après examen des fosses nasales, on fait le diagnostic, de varices de la cloison nasale. Des insufflations de perchlorure de fer sont sans effet. Les épistaxis se renouvellent sans cesse : le malade épuisé a des syncopes. On pratique la désobstruction des fosses nasales des caillots. On tamponne avec de l'ouate imbibée d'ergotine Boujean ; on met le malade au repos absolu et on lui donne des toniques. L'hémorrhagie cesse pour quelque temps ; mais bientôt nouvelles hémorrhagies. On décide d'appliquer l'électrolyse.

On met l'électrode négative au point hémorrhagique, l'électrode positive sur la joue du même côté. On fait passer un courant de 16 à 20 milliampères dans une séance de 8 à 10 minutes. Arrêt de l'hémorrhagie qui ne se reproduit pas.

OBSERVATION IX

Louise M., 37 ans, s'est aperçue il y a 6 mois que dans la narine gauche elle avait une tumeur du volume d'une framboise. La

tumeur siège à la partie cartilagineuse de la cloison. Elle a déjà donné lieu à de légères épistaxis plusieurs fois répétées. Nous enlevons cette tumeur avec l'anse froide. Une légère hémorrhagie se produit après l'ablation de la tumeur. Nous sèches la muqueuse avec quelques tampons d'ouate et l'hémorrhagie ne s'arrêtant pas, nous appliquons le galvanocautère (cautérisation en surface à l'aide du cautère lamellaire) L'épistaxis s'arrête. Nous avons vu le malade deux ou trois fois depuis. La tumeur ne s'est pas reproduite et l'épistaxis a complètement cessé.

OBSERVATION X

M..., 35 ans, a des hémorrhagies nasales fréquentes et abondantes. Il a essayé de diverses médications sans obtenir aucun résultat, lorsque sur le conseil de son médecin il se décide à aller voir un spécialiste. L'examen rhinoscopique est fait et on découvre sur la cloison des varices assez volumineuses. Le galvanocautère porté au rouge sombre est appliqué sur la veine variqueuse. Depuis cette époque nous avons revu plusieurs fois le malade. Ses épistaxis ne se sont pas reproduites et son état général est excellent.

OBSERVATION XI

Dr Michel de Cologne, 1879

(Thèse de Houdeville 1893)

Dame de 63 ans ayant des épistaxis fréquentes depuis 12 ans que ses règles avaient cessé.

Au mois d'octobre 1894, l'hémorrhagie se reproduisait tous les jours, plusieurs fois par jour sous l'influence de la moindre excitation. La nuit elle est éveillée parfois par l'écoulement du sang dans le pharynx, l'écoulement provoquant une toux vive.

A l'examen on constate à gauche sur la cloison, vis-à-vis de l'extrémité antérieure du cornet inférieur un petit caillot adhérent. En le touchant avec la sonde, l'hémorrhagie se reproduit. On applique le galvano-cautère en ce point. Tout d'abord le sang s'écoule plus abondant. parce qu'en enlevant l'instrument on enlève l'escarre.

Nouvelle application du galvano-cautère qui est enlevé avec prudence. Le lendemain la dame éprouvait dans les dents et la machoire une sensation de chaleur mais l'hémorrhagie ne se reproduit pas.

OBSERVATION XII

Georges L... valet de chambre se présente à nous le 25 octobre 1895 pour des épistaxis répétées. Ces hémorrhagies nasales ne sont pas très abondantes, leur fréquence attire plutôt l'attention. Le malade nous dit que chaque fois qu'il se mouche ou qu'il arrache les croûtes formées dans la narine après l'épistaxis, il est pris immédiatement d'un saignement de nez assez abondant.

Nous pratiquons l'examen rhinoscopique. La partie antéro-inférieure de la cloison présente, en effet, de petites croûtes noirâtres. Nous enlevons ces croûtes avec un tampon d'ouate antiseptique. Le sang s'écoule immédiatement. Le point hémorrhagique étant découvert nous appliquons à cet endroit

une perle de nitrate d'argent, à l'extrémité d'un stylet. Une escarre se forme, superficielle qui ne peut empêcher la production d'un léger écoulement sanguin. Nous faisons alors une deuxième cautérisation plus profonde, l'épistaxis s'arrête et ne se reproduit plus.

OBSERVATION XIII

Dr Gellé. (Thèse de Houdeville).

M. M..., 54 ans, grand, robuste, conducteur de travaux, est pris subitement il y a un mois, sur son chantier, d'une épistaxis intense par la narine droite, qui résista aux premiers soins et le força à rentrer chez lui. Depuis 5 ans cet homme est atteint d'albuminurie chronique faible, mais n'a jamais été arrêté dans ses travaux.

Le médecin de la famille fut forcé, après tous les essais infructueux des différents moyens d'hémostase, de pratiquer au bout de deux jours le tamponnement postérieur de la fosse nasale droite, vu l'état de pâleur et de faiblesse du sujet.

Il a eu la précaution de faire le lavage de la fosse nasale avec des solutions légèrement phéniquées chaudes, mais le tampon dut être maintenu plusieurs jours, trois jours et demi, au dire du malade,

Dès la deuxième nuit, le malade se plaint de violentes douleurs dans le côté droit de la face, de la tête, et dans l'oreille droite, il a de la fièvre, de l'agitation ; il paraît être affaibli, il avale difficilement.

La journée et la nuit suivante sont plus mauvaises encore ; les douleurs ont leur foyer à l'oreille et tout autour du pavillon ;

le cou est gonflé, douloureux, la tête s'incline de ce côté ; le malade laisse échapper des cris de douleur, se couche, se lève et se recouche, il a les yeux brillants et semble très abattu.

La tête est chaude et tout le côté droit très sensible au toucher ; le troisième jour le malade est engourdi, somnolent, ne répond qu'à peine, il est étendu, geint et pousse des cris par moments.

Les calmants, les sinapismes n'arrivent pas à lui procurer le repos ; puis la torpeur devient continuelle, la somnolence difficile à vaincre et les réponses sont sans suite ; en réalité, on a tous les signes d'une affection cérébrale.

Au matin de la quatrième journée, on enlève le tampon postérieur, on lave les fosses nasales et l'on s'aperçoit que l'oreille et l'oreiller du malade sont baignés d'un pus jaune épais qui sent mauvais. Il en est de même du côté du nez débarrassé du tampon.

L'oreille droite est complètement sourde ; la région mastoïdienne rouge, chaude, douloureuse et le pavillon saillant en avant. Il y a un léger torticolis à droite.

De plus le malade parle, encore étourdi, lourd de tête, engourdi de pensée ; il est cependant conscient qu'un grand soulagement vient de s'opérer depuis l'issue d'un flot de pus pendant la nuit.

En définitif, le troisième jour, et la quatrième nuit ont été des plus critiques.

Les symptômes d'une complication cérébrale se dessinaient et s'accusaient de plus en plus et le coma succédait évidemment à la période d'agitation et de plaintes.

C'est à ce moment que je fus appelé, non comme auriste puisque l'oreille n'a pas encore coulé, mais comme médecin bien connu de la famille. J'arrive auprès du malade le matin du jour même où l'issue du pus l'a sauvé en même temps qu'elle a posé

le diagnostic et assez à temps pour expliquer la pathogénie de la grave complication otique et des accidents cérébraux et pour constater une fois de plus les méfaits du tampon postérieur.

Quinze jours après, la suppuration est moins abondante, le gonflement chaud de la région mastoïdienne a disparu ; le tympan est blanc rosé, la perforation suffisante donne issue à du pus moins épais, facilement balayé au dehors par le politzer.

Le malade mange et ne souffre plus. La muqueuse du nez est encore très gonflée et coule encore ; l'engorgement du cou a disparu, mais il reste un état fâcheux de paresse intellectuelle et de faiblesse des jambes.

Un mois plus tard, état du malade aussi satisfaisant que possible. L'oreille est en bonne voie de guérison ; la montre est entendue à 5 ou 6 centimètres du côté de l'otite et la perception crânienne est revenue.

OBSERVATION XIV

Garçon épicier... cirrhotique, 45 ans. Arrive avec une hémorragie abondante durant depuis une demi-heure environ. Elle a résisté à tous les moyens employés jusqu'ici. Nous pratiquons le tamponnement par étages et nous laissons les tampons en place pendant 36 heures. Le malade ne ressent pas trop de douleur ni trop de gêne du manuel opératoire. Le sang n'a plus l'air de couler. Au bout de 36 heures nous retirons les bandlettes de gaze iodoformée. Nous pratiquons alors l'examen des fosses nasales et nous découvrons dans la narine saignante et tamponnée, un point rouge noirâtre revêtu d'une croûte légère ; nous appliquons sur ce point une perle de nitrate d'argent. Depuis

ce jour, le malade qui était sujet à des hémorrhagies fréquentes n'a plus eu à redouter cet accident.

OBSERVATION XV

Maurice X...., 40 ans, se présente avec une muqueuse du côté gauche, gonflée, facilement saignante. On fait un grattage et une prise de la muqueuse pour la faire examiner au microscope.

Immédiatement à la suite de cette prise qui a été faite profondément se produit une hémorrhagie très abondante. On applique d'abord une solution d'antipyrine qui amène une diminution notable mais non la disparition complète de l'hémorrhagie. Nous gardons ce malade quelque temps ; l'hémorrhagie ne s'arrêtant pas, nous pratiquons le tamponnement par étages. Au bout de 3/4 d'heure l'hémorrhagie nasale ne s'était pas reproduite et le malade n'est pas revenu.



CONCLUSIONS

L'hémostase provisoire dans le cas d'hémorrhagie nasale peut être obtenue au moyen d'un nettoyage de la cavité nasale par un tampon imbibé d'une solution d'antipyrine au 1/5 ou au 1/10.

Elle prépare à l'hémostase définitive par la cautérisation avec le nitrate d'argent ou si cette cautérisation doit être plus profonde avec le galvano-cautère porté au rouge sombre.

Enfin, dans le cas d'épistaxis rebelle ou le tamponnement est nécessaire, c'est au tamponnement avec la gaze iodoformée que nous avons nommé tamponnement par étages que nous donnerons la préférence. Il est en effet à l'abri des critiques formulées contre les autres modes de tamponnement, car il n'est ni trop douloureux ni difficile à pratiquer et d'un autre côté il est efficace et antiseptique et par conséquent incapable de donner naissance aux infections secondaires de l'oreille moyenne si souvent reprochées au tamponnement postérieur des fosses nasales.

Vu :
Le Président,
CORNIL.

Vu : Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Calmettes. — Progrès médical 1881.
Comer. — Britisch. medic journ. 22 mai 1880.
Crequy. — Gazette des hôpitaux 1870.
Ehrmann. — Münch. med. wochenschr. 4^e 9.
Frédet. — Union médicale 1880.
Galliard. — Bulletin de la Soc. anatomique 1880.
Gosselin. — Gazette des hôpitaux 1882.
Hartmann. — Leitschrift. für ohrenheilkunde vol. X page 132.
1881.
Houdeville. — De l'épistaxis, thèse de 1392.
Lennox-Brown. — Traité des maladies du Larynx, du Pharynx
et des fosses nasales.
Lusk. — Weekly, med. review. St-Louis 1891.
Malherbe. — Journal de médecine de l'ouest.
Michel (de Cologne). — Traité des maladies du nez 1879.
Moldenhauer. — Traité des maladies des fosses nasales. 1888.
Moure. — Revue laryngol. 1891
Pogorelsky. — In journ. of laryng. aud. rhin., 1890.
Richardson. — The Lancet, 1871.
Rougier. — Bulletin Med. et Administ. du Dispéns. gén. de
Lyon, n^o 47, p. 206.
Smily. — British. Med. Journ., 1867.
Tillaux. — Clinique chirurg., T. 1, p. 255.
Trousseau. — Clin. T. 1, p. 206.
Thompson. — Brit. med. journ., 1867.

Verneuil. — Archiv. génér. de Médecine. Académie de Méd.
Séance du 26 avril 1887.

Villedary. — Thèse, 1887.

Forgue et Boinet. — Dictionn. encyclopédique de Dechambre.

Gouguenheim et Lermoyez. — Journal de laryngologie, de rhinologie et d'otologie.

Gellé. — Otite suppurée. Archives internationales de Laryngologie.

Pauli. — Gazette médicale, 1839.

Ruault. — Arch. de laryngologie, 1889.

